

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНИЙ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Солодовник О.В., Одарченко Є.С., Олісєєнко Д.В. студ. 4-го курсу  
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

До особливостей епідемії туберкульозу в Україні віднесено стрімке збільшення кількості хворих на поширені деструктивні та резистентні форми до антибактеріальних препаратів як у хронічних хворих, так і у вперше виявлених. Консервативна терапія з даною проблемою не справляється, а хірургічне лікування зіштовхнулося з низкою проблем. Таких як показання та протипоказання до тих чи інших оперативних втручань, перебігом процесу у ранній та віддалений післяопераційний періоди. З огляду на це для підвищення ефективності хірургічних методів лікування виникає необхідність у розробці раціональних схем передопераційної підготовки.

На наш погляд передопераційну підготовку необхідно проводити в умовах хірургічного стаціонару і обов'язково вона повинна включати інтенсивну внутрішньовенну поліхіміотерапію та патогенетичну корекцію патофізіологічних синдромів, лікування супутніх захворювань, ендобронхіальну санацію.

Інтенсивна внутрішньовенна передопераційна поліхіміотерапія має позитивні характерні особливості: здатність утворювати високі концентрації препаратів у крові хворих; можливість одночасно доставити до туберкульозних вогнищ 3-4 антибактеріальних препарати у максимальних концентраціях; добра переносність лікування під час призначення високих доз протитуберкульозних препаратів; спроможність діяти навіть на резистентні МБТ; абсолютна контрольованість хіміотерапії та дисциплінуючий характер лікування. Схема інтенсивної передопераційної підготовки. Після сніданку хворому призначають піразинамід у добовій дозі 25 мг/кг маси тіла. Через 2 години після прийому піразинаміду внутрішньовенно зі швидкістю 60 крапель за хвилину хворому вводять ізоніазид 15 мг/кг маси тіла (10 мл - 10% розчину) на 200 мл - 0,9% розчину натрію хлориду з додаванням у цей розчин 1,0 г аміноглікозидів (стрептоміцину, канаміцину або амікацину), 5000 ОД гепарину, 2 мл - 2,5% розчину гідрокортизону або 30 мг преднізолону, 2 мл - 5% розчину піродиксину гідрохлориду та 6 мл - 10% розчину аскорбінової кислоти. Після закінчення інфузії у ту саму вену вводять 0,45-0,6 г рифампіцину, розчиненого у 200 мл 5% розчину глюкози. Вітаміни В1 та В12 по 1 мл вводять внутрішньом'язово через 1 день. Увечері (через 9 годин після першого вливання) хворому вводять внутрішньом'язово 5 мл 10% р-ну ізоніазиду, а потім внутрішньовенно крапельно 400 мг ципрофлоксацину.

Важлива роль у передопераційній підготовці відводиться патогенетичній терапії. Основними її напрямками є імунокорекція, дезінтоксикація, покращання реології крові та мікроциркуляції, корекція метаболічних порушень, бронхо- та муколітична терапія, пригнічення активності вторинної мікрофлори, протизапальна терапія (стероїдні гормони, нестероїдні протизапальні препарати), антиоксидантна терапія, стимуляція репаративних процесів.

Тому для досягнення надійної загальної підготовки хворого і місцево враженої легені до оперативного втручання, а також профілактики післяопераційних ускладнень ми застосовували колапсотерапію за типом пневмоперитонеуму при всіх формах туберкульозу легень, визначивши попередньо протипоказання. До протипоказань відносили злукову хворобу черевної порожнини, наявність двох або більше абдомінальних оперативних втручань, двобічну облітерацію плевральної порожнини з відсутністю рухливості обох склепінь діафрагми, серцево-судинну недостатність ІІБ – ІІІ ступеня, гострий або хронічний бронхіт будь-якого характеру.

Клінічне застосування запропонованого алгоритму передопераційної підготовки у 116 осіб дозволило досягти позитивної клініко-рентгенологічної та бактеріологічної динаміки. Так, у 93,1% хворих відбулася стабілізація процесу. Бактеріовиділення зменшилось на 25,0% в основній групі, а у групі бактеріовиділювачів, що залишились, інтенсивність бактеріовиділення стала мізерною у 83,6% хворих відповідно.